Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 261 de 2015

# ASOCIACIÓN URUGUAYA DE DIETISTAS Y NUTRICIONISTAS (AUDYN)

ver exposición

# SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA DEL URUGUAY

ver exposición

**Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 8 de setiembre de 2015**

**(Sin corregir)**

**PRESIDE:** Señor Representante Luis Gallo Cantera.

**MIEMBROS:** Señores Representantes Daniel Bianchi, Walter De León, Martín Lema Perreta y Egardo Mier.

**DELEGADO DE SECTOR:** Señor Representante Juan Federico Ruiz.

**ASISTE:** Señor Representante Washington Silvera.

**INVITADOS:** Por la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas concurren las señoras María Rosa Curuchet, Alejandra Girona e Isabel Bove y el doctor Enrique Jacoby (Representante de la Organización Panamericana de la Salud).

Por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay concurren los doctores Cecilia Idiarte Borda (Presidenta), Ricardo Acuña (Sindicato Médico del Uruguay), doctor Alfredo Toledo; Profesora Agregada de la Clínica de Psiquiatría de UDELAR doctora Sandra Romano; Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay doctora María Alcira Frontini; Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, Profesora Agregada doctora Gabriela Garrido y por la Asociación de Psiquiatras del Interior doctor Artigas Pouy.

**SECRETARIA:** Señora Myriam Lima.

**PROSECRETARIA:** Señora Viviana Calcagno.

**SEÑOR PRESIDENTE (Luis Gallo Cantera).- Habiendo número, está abierta la reunión.**

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes da la bienvenida a la delegación de la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas, integrada por las señoras María Rosa Curuchet, Isabel Bove y Alejandra Girona, quienes vienen acompañadas por un invitado especial que enaltece a esta comisión: me refiero al doctor Enrique Jacoby, integrante de la Organización Panamericana de la Salud, experto en temas de alimentación y nutrición, y un gran militante por el desarrollo de la alimentación sustentable en Uruguay y en el mundo. Hemos leído su currículum y es realmente importante. Voy a tener el placer de moderar una de sus intervenciones en el próximo Congreso.

**SEÑORA CURUCHET (María Rosa).- Muchas gracias por la invitación. Estamos muy honrados por habernos recibido.**

En el día de hoy estamos dando inicio al VI Congreso Iberoamericano de Nutrición, al XVI Congreso Latinoamericano y del Caribe de Nutricionistas y Dietistas, y al V Congreso Uruguayo de Alimentación y Nutrición.

Durante esta semana tendremos entrevistas con distintas autoridades políticas porque nos parece que Uruguay se encuentra en un momento muy oportuno y valioso para impulsar nuevas políticas o para fortalecer algunas de las que tiene, que son exitosas.

También nos pareció muy valioso contar con la presencia del doctor Jacoby, asesor regional en alimentación saludable y vida activa de la Organización Mundial de la Salud, y mantener esta instancia con los señores diputados.

Hace un tiempo, cuando visitamos esta comisión, compartimos con los señores diputados que Uruguay tiene problemas muy concretos con el modo de alimentarnos y con ese cambio cultural que el país ha presentado respecto a la forma y a qué comemos. Entendemos que este es un momento oportuno para generar algunos cambios pues tenemos algunos importantes signos de alerta.

En el marco de este Congreso se presentará una publicación de la OPS que muestra de forma concreta e ilustrativa una problemática que presentamos como país, al igual que otros países de Latinoamérica.

Como Asociación nos parece que es valioso impulsar medidas y fortalecer algunos marcos legales. Uruguay cuenta con la ley de alimentación saludable, que es un gran avance, pero entendemos que debe dar un paso más y mejorar algunos de sus artículos.

Hay que trabajar sobre la regulación de la publicidad de alimentos dirigida a los niños y adolescentes. Actualmente existen suficientes evidencias científicas y recomendaciones a nivel de expertos sobre la necesidad de proteger a nuestros niños de la publicidad abusiva y engañosa, especialmente de los productos ultraprocesados o alimentos de tipo chatarra.

Por eso entendimos que la presencia del doctor Jacoby, a través de la Organización Mundial de la Salud, podría fundamentar algunas de estas propuestas y por qué la OMS está sugiriendo alguna de estas cosas.

Entendemos que sería conveniente aplicar tasas a algunos productos de bajo valor nutricional, por ejemplo, a las bebidas azucaradas, a efectos de facilitar estrategias de educación nutricional. Creemos que Uruguay puede incursionar en esta medida, pues en la región -concretamente en México- y en otros países de Europa hay experiencias exitosas. Este puede ser un camino sobre el que trabajar.

En cuanto a facilitar el consumo de alimentos saludables, particularmente frutas y verduras, el 90% de los uruguayos no logra consumir cinco porciones de frutas por día. Por lo tanto, hay que buscar medidas que fomenten este consumo o faciliten el acceso económico a este tipo de productos.

Estas son nuestras grandes líneas; sabemos que son ambiciosas y que requieren de un proceso de discusión, pero entendemos que Uruguay está en un momento muy oportuno para considerarlas.

**SEÑOR JACOBY (Enrique).- Desde la Oficina Regional de la OPS hemos tratado de monitorear los cambios alimenticios en la población, simplemente porque hay un importante razón detrás: de los veinte factores de riesgo de salud más importantes de esta región de América, es decir, de Antofagasta a**

**Canadá -cuando hablo de factores de riesgo me refiero a fumar, no hacer actividad física, respirar aire contaminado, circunstancias que producen enfermedades crónicas-, quince tienen que ver con lo que nos metemos en la boca.**

¿Cómo se expresa esto? Es un factor de riesgo la glucosa elevada en la sangre, que es una disposición para la diabetes, que es donde se origina, es decir, lo que uno come: exceso de azúcar, exceso de cereales refinados, poco consumo de frutas, verduras y nueces; la lista es extensa. Esto significa que lo que comemos es absolutamente decisorio de la suerte de nuestra salud, y al respecto no hay ninguna duda.

El volumen de enfermedades crónicas podría ser reducido. Si usted tiene la opción de construir más hospitales, de ninguna manera le alcanzará la plata para esto; México está a punto de declararse quebrado por la incapacidad de atender, por ejemplo, la demanda en amputación de diabéticos, operaciones complicadas para regular o prevenir la continuidad de la obesidad, o trasplantes renales originados por mala alimentación que, en mucha medida, tiene que ver con el exagerado consumo de azúcar

Estamos hablando de un problema serio. Al mismo tiempo que vemos que estos factores son serios, también observamos la facilidad con que se pasea la industria que produce los alimentos complicados. No hay ningún problema, pero ha comenzado a sonar.

En estos momentos en la región tenemos a diez países con iniciativas para regular varias cosas de estas industrias. Por ejemplo, México aplica un impuesto de 10% a las bebidas azucaradas y un impuesto similar sobre el valor final del precio a cualquier tipo de snacks que contenga exceso de calorías, por decirlo de alguna manera simple

Este impuesto, en el año 2014, redujo las ventas y el consumo entre el 6% y 10%. Es poco.

El tabaco ha pasado por la misma experiencia, que también redujo considerablemente su consumo por el incremento de los impuestos.

En Chile se están haciendo etiquetados frontales con una etiqueta de color negro que le dice al consumidor: "Esto es alto en azúcar, grasas o sal. Cuidado".

Ecuador está haciendo lo mismo, es decir, un etiquetado frontal al que ellos llaman el semáforo de tres colores; esto es un poco más complicado de interpretar porque, por ejemplo, si usted toma un paquete y ve dos verdes y un rojo estará muy tentando a sacar una conclusión aritmética muy fácil: "Ganó el verde 2 a 1". Pero no es así. Muchas veces basta con que aparezca un rojo porque contiene un ingrediente muy complicado para que la gente diga: "Mejor no lo consumo".

Los chilenos acertaron con la idea de poner una etiqueta negra: "Es alto". No hay interpretación. Usted ya sabe que es alto; no se acerque al producto a interpretarlo.

Creo que ese etiquetado frontal es muy útil porque la información nutricional, que ahora está en paneles nutricionales, es extremadamente compleja; no la entiende ni un estudiante de nutrición. No la entiende al extremo de que no sabe si debe comprar, o no, ni cuánto representa de sus requerimientos diarios.

¿Algunos de ustedes leen los etiquetados cuando compran los productos?

(Diálogos)

**SEÑOR PRESIDENTE.- Los jóvenes sí.**

(Diálogos)

**SEÑOR JACOBY (Enrique).- Interesante.**

Lo que sabemos es que la gente no lee los etiquetados, ni siquiera en Europa; sí está comenzado a leer el etiquetado frontal de advertencia, que tiene un valor muy importante porque es información inmediata, a primera vista, y el consumidor no debe hacer cálculos aritméticos respecto a qué porcentaje de calorías le

corresponderá por consumir una barrita o una gaseosa. No es razonable poner en ese trance al consumidor; es excesivamente complicado.

Esto ha sido muy bueno en las escuelas. Desde hace diez años en Estados Unidos, sin decisiones federales -no son decisiones del gobierno federal, que generalmente es el último en actuar-, se comenzó a eliminar las bebidas azucaradas de los colegios. Y están saliendo rápidamente.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos acaba de elaborar reglas respecto a lo que puede ingresar a los colegios. Básicamente, esto ha reforzado y aprobado lo que se venía haciendo en los últimos diez años, es decir, que no puede haber comida chatarra en los colegios. Los niños tienen que comer lo mejor.

Esto es increíble porque al menos diez países están desde hace siete u ocho años en esta batalla de mejorar la alimentación, pues han reconocido que lo que nos metemos a la boca es vital para nuestra salud. Por cierto que hay otras cosas, pero la alimentación es un elemento central. Tanto es así que la mayoría de las enfermedades cardiovasculares, muchos tipos de cáncer, la diabetes -que está aumentando-, la obesidad y otras complicaciones anexas tienen que ver con lo que comemos. Estamos hablando de las principales enfermedades crónicas, que están asociadas con lo que comemos. ¡No hay ninguna discusión!

Esta certeza ha puesto a la OPS en la posición de tener una vigilancia más cercana. Acabamos de finalizar un estudio de un año -aproximadamente-, con datos comprados a la empresa Euromonitor, que sigue las ventas de las empresas en el mundo; hemos seleccionado a trece países de América Latina, y uno de ellos es Uruguay. En estos momentos contamos con un retrato de la velocidad a la que estamos reemplazando alimentos naturales por procesados y cositas que básicamente son basura. No tengo otro término; he estudiado nutrición por lo que puedo decir en forma garantizada que no estoy ofendiendo a nadie sino que hago una descripción objetiva de los productos.

Los niños se están pasando rápidamente a eso, y no lo hacen por razones nutricionales sino porque el tipo de publicidad y de incentivo a sus sentidos respecto a la intensidad de azúcar y grasas que hay en los productos los engancha rápidamente. Esta es una historia repetida que la hemos conocido con el tabaco.

En el período que hemos estudiado, 2000- 2013, Estados Unidos ha crecido el 3%, menos del 0,2% de crecimiento de esas industrias dentro de ese país. El resto de América Latina creció el 48% en todo el período, más de 3% anual. Uruguay ha crecido el consumo en 146%. Es un récord en la región. ¡Es formidable! Esto es un severo problema en la salud.

Estoy seguro que muy pronto mis colegas de la Audyn les harán llegar una copia de esta publicación; gracias a un espacio que se ha abierto en el Congreso, el próximo viernes estará con nosotros el autor de esta tarea, quien hará una presentación detallada de este libro y de sus implicancias.

La comida chatarra o ultraprocesada no se irá si no existe regulación. En esto hago responsable del bien común al Estado; si no se toma una decisión de regular a esta industria, esto nos seguirá invadiendo y generará una gran deuda, que no la pagarán los productores. Los problemas de salud o ambientales que ocasionan el consumo de estos productos ultraprocesados no la pagan los productores. ¿Quién paga la cuenta del Ministerio de Salud Pública y de los hospitales? No la pagan ellos pues la han externalizado; la estamos pagando los consumidores, el Estado; la pagamos como podemos, o no la pagamos y morimos antes de lo que estamos programados para morir, que es lo que está ocurriendo en muchos sitios.

Es un problema muy grave para el que se necesita acción. El caso de nutrición es muy diferente al del tabaco, que es lo que más tenemos. Imagino que es algo muy fresco en ustedes; Uruguay es un ejemplo en la región y en el mundo por su actuación frente a la empresa de tabaco. Fíjense los señores diputados que se le ponen impuestos al tabaco, se restringe su publicidad, se lo reduce al mínimo y se acaba la tarea, no hay más, pero no se puede hacer lo mismo con la comida chatarra. Se le ponen impuestos y, ¿qué come la gente? ¿Qué alternativa se le da? Tiene que haber una tan fuerte y poderosa que la gente diga: "Ah, comer esto no solo es sano, sino también rico". Estoy convencido de que la gente tiene que comer rico y no solamente sano. Un plato de lechuga no es suficiente para decir: "Esta es mi alimentación saludable". No. Hay que buscar esa alternativa. Si ya existe, hay que fortalecerla, porque decididamente está perdiendo la batalla. Está en retirada y en avance la comida procesada, y esto no se puede lograr solo con educación. No habrá resultados. No se logró con el tabaco y no ocurrirá ahora. Decididamente, necesitamos una acción importante de regulación en

distintos escenarios y una acción de promoción de la buena alimentación, que tiene que ocurrir simultáneamente. Es dar el paso con un pie derecho y luego con el izquierdo.

El alcohol y el tabaco son iguales. Usted los elimina, pero no tenemos ninguna necesidad de tabaco. Se va el tabaco y chau. ¿Con qué lo reemplazamos? Con un caramelo o con un chicle los primeros quince días, y ahí se acabó la historia; no hay un reemplazo, como tampoco lo hay para el alcohol. Se lo abandona o se baja el consumo. Son casos en los que no hay alternativa. Ahora, no hay alternativa con el hecho de comer. Si no comemos, nos morimos, así que es, en realidad, una tarea un poquito más compleja. Toca en momentos en que las políticas agrícolas y las decisiones agroalimentarias de un país tienen que estar un poco más congeniadas y conversadas.

Al principio, me referí a la parte regulatoria de esta industria, que es muy exitosa. Quiero darles una idea de la parte de comunicación, porque la gente dice que el gobierno debe hacer campañas públicas que digan a la gente que está mal comer comida chatarra y que se debe ingerir cosas buenas. La información más exacta de lo que invierte la industria de comida chatarra en publicidad en el mundo muestra que casi el 80% está dirigida a los niños, porque los quieren enganchar temprano. ¿Saben cuánto es? Son US$ 50.000.000.000 anuales. Imaginen cuánta ganancia tiene esa industria. Esa es la inversión. Todos los ministerios de salud del mundo que promocionan frutas, verduras y la felicidad en el planeta no alcanzan al 1% de esos US$ 50.000.000.000. ¿Tenemos alguna chance de ganar esa batalla si no hay regulación? Ninguna, por más exitoso que sea el publicista que se ponga al frente de la promoción de frutas y verduras. Con un 1% no ganamos. El volumen que tienen US$ 50.000.000.000 es atronador y está ganando.

**SEÑOR PRESIDENTE.- Este es un tema apasionante. A quienes nos gusta la salud pública y el desarrollo nos consta que uno de los problemas que tenemos en el mundo y, obviamente, en Uruguay es el aumento de las enfermedades crónicas no trasmisibles. Si de alguna manera no empezamos a controlar este tipo de enfermedades, seguramente, dentro de quince o veinte años, el mundo no tendrá disponibilidad económica para atender a la cantidad de pacientes que habrá.**

Como bien lo dijo el doctor, dentro de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no trasmisibles, sin ningún lugar a dudas, está el factor de la alimentación. Sin temor a equivocarme, pienso que este es un tema que preocupa a todos los países de la región y, en ellos, incluyo a Uruguay, que creo que está muy preocupado por este asunto, que es absolutamente complejo. Hay que ponernos a trabajar en él, pero es complejo. Sería muy fácil para nosotros decir que, haciendo una ley, conjuntamente con el Poder Ejecutivo y regulando algunas cosas, solucionaríamos el tema. Creo que es mucho más complejo que esto. Pienso que esto parte del punto de vista educativo. Tiene que haber un cambio cultural. Debemos empezar a saber qué estamos consumiendo. Creo que un factor importante está en la prevención y en la promoción. Obviamente, enmarcada dentro de todas las políticas alimentarias, debe estar la regulación

En el período 2005- 2010 empezamos a abordar el tema del tabaco -que era una de las prioridades del presidente Tabaré Vázquez-, con una fuerte política de regulación constrictiva contra el consumo del cigarrillo. Creo que tenemos cifras que demuestran que realmente el haber disminuido el tabaco ha bajado las cifras de cáncer pulmonar y de los distintos cánceres que produce.

Como segunda prioridad, tenemos al alcohol, porque su uso problemático es también uno de los temas a los que le prestaremos especial atención en este período de gobierno, por las cifras que acarrea.

Como sabrá el señor Jacoby, Uruguay tiene tres millones y medio de personas y hay doscientas sesenta mil afectadas por el uso abusivo del alcohol y todas las consecuencias que esto trae: el índice de siniestralidad, la violencia doméstica y todos los efectos.

El tercer tema que debemos abordar es el cambio en la alimentación. Creemos que es un desafío que tenemos que trazarnos en este período. Esto hay que hacerlo con gradualidad, con responsabilidad. No se puede actuar rápidamente, haciendo proyectos de ley que luego no se aplican porque, como dice el señor diputado Lema, podemos hacer muchas cosas, pero si después las leyes no se cumplen, no tiene sentido legislar.

Me parece que es un gran desafío cambiar la mentalidad, por lo menos de la región y, en este caso, de Uruguay. Creo que hemos empezado en las escuelas. Todo es gradual y perfectible.

Voy a poner ejemplos, pero sé que todo se puede mejorar.

Hemos regulado el consumo de sal. Creemos que es tan dañina o más que el azúcar, por eso hubo decretos municipales que prohíben poner saleros sobre la mesa en los restaurantes; hay que pedirlos si uno quiere agregar sal.

También promovemos la alimentación saludable. Actualmente, en cualquier evento al que uno concurre, la alimentación saludable está presente. Antes se comían masitas; ahora te dan gajitos de naranja y manzana cortada. Esto ocurre en muchos lugares, aunque no en todos, pero ya empezamos a notar un cambio en la mentalidad.

Asimismo, está prohibida la comida chatarra en las escuelas, aunque hay que controlar más el tema, pero creo que empezamos por algo.

También en la mentalidad de nuestros jóvenes comenzó el cambio, despacito, porque cada uno, cuando va a consumir, mira qué es lo que va a comer, qué proporción de lípidos y glúcidos tiene el alimento. Creo que es una responsabilidad del gobierno empezar a transitar o a profundizar los cambios que ya hemos tenido.

Para nosotros es un gusto que hayan estado aquí. Aprenderemos mucho en el congreso, porque hay muchos temas interesantísimos. Esta no es mi especialidad, pero me parece que corta transversalmente a todas las profesiones que tienen que ver con la medicina.

**SEÑORA CURUCHET (María Rosa).- Quiero hacer una acotación.**

En cuanto a la ley de alimentación saludable en el marco de las escuelas, se dio un paso valiosísimo para el país. Es un instrumento que facilita el trabajo, pero la ley prohíbe la publicidad de alimentos chatarra, no la venta. O sea que, dentro de las escuelas, todavía tenemos la venta de comida chatarra, por lo que sería un paso, en este proceso de crecimiento -uno va aprendiendo y va aspirando a más-, si se agregara un artículo en esta ley que la prohibiera; sería muy valioso. Creemos que en el marco de las escuelas no se debería vender alimentos de tipo chatarra, más allá de que, obviamente, no se pueden publicitar.

Comparto con el señor presidente el tema del control. Sé que se están haciendo esfuerzos para que se controle, porque hay una medida educativa en el tema del control del cumplimiento de esa ley, pero me parece que sería muy valioso, en el marco de las escuelas, prohibir la venta de alimentos de tipo chatarra.

**SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública agradece la presencia de la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas.**

**(Se retira de sala la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas)**

**(Ingresa a sala una delegación de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay)**

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el gusto de recibir a una delegación de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y a representantes del Sindicato Médico, de la Clínica de Psiquiatría de la Udelar, de la Sociedad de Psiquiatría Biológica de la Udelar, de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, y de la Asociación de Psiquiatras del Interior, integrada por su presidenta, la doctora Cecilia Idiarte Borda, por las doctoras Sandra Romano, María Alcira Frontini y Gabriela Garrido, y por los doctores Ricardo Acuña, Alfredo Toledo y Artigas Pouy.

**SEÑOR TOLEDO (Alfredo).- Agradecemos que nos hayan recibido.**

El tema que venimos a plantear es de enorme sensibilidad para el Sindicato Médico por la repercusión social que tiene y que ha tenido en los últimos años. Esperamos que entre todos podamos ayudarles a que se hagan una composición de lugar respecto a cuál es la situación que tenemos y cuáles son las propuestas que queremos plantear, porque venimos con propuestas claras.

**SEÑORA IDIARTE BORDA (Cecilia).- Estamos presentes representantes de las asociaciones científicas y gremiales, así como las clínicas psiquiátricas de la Facultad de Medicina, tanto de adultos como de pediatría; todavía no llegó el doctor Artigas Pouy, que es el representante de la Asociación de Psiquiatras del Interior, pero está en camino.**

Desde el año pasado, nos estamos reuniendo y trabajando en la reforma de la atención en salud mental. Luego, fuimos convocados por el Ministerio de Salud Pública y participamos durante tres meses en seis grupos de trabajos, en los que hubo grandes acuerdos y algunos disensos entre las diferentes asociaciones; no obstante, nosotros, desde este grupo estamos para trabajar sobre los acuerdos, porque consideramos que hubo acuerdos muy importantes, lo que es muy favorable. Olvidé decir que todo esto se hizo con el apoyo del Sindicato Médico del Uruguay, que nuclea a todos los médicos del país.

Como expresé, estuvimos trabajando varios meses en esos grupos. El gran acuerdo al que se arribó fue que era preciso realizar una reforma de la atención en la salud mental y hacer una nueva ley para poder reglamentar esa reforma.

Otro gran acuerdo consistió en la necesidad de un cambio de modelo; la doctora Sandra Romano explicará este punto.

El documento que surgió del Ministerio de Salud Pública se hizo sobre la base de los acuerdos que se lograron, y nosotros compartimos sus lineamientos generales. ¿Por qué les enviamos un documento nuestro? Simplemente para profundizar en algunos aspectos que tienen que ver con la especificidad de nuestra profesión. No obstante, en líneas generales, compartimos los lineamientos del documento elaborado, que fue hecho por todas las asociaciones presentes. El Ministerio de Salud Pública le dio un marco general y la redacción. Me parece importante destacar este aspecto.

Estamos todos de acuerdo en que se precisa plantear una reforma y que se cree una ley que se base en los derechos de los pacientes. En eso se basa nuestro documento.

**SEÑORA ROMANO (Sandra).- Soy representante de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, de Udelar. También formo parte de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.**

En particular, me voy a referir a dos puntos. Uno de ellos tiene que ver con establecer un cambio en el modelo de atención de la salud mental -para nosotros, este es uno de los aspectos clave-, enmarcado en el proceso de reforma general de la salud y en un sistema que sea garante de derechos. Nos parece que este aspecto es clave para determinar qué modelo se está pensando para la atención en la salud mental. En ese sentido, quiero señalar que hablamos de la salud mental en general, pero cuando hablamos de la atención también nos referimos a la atención específica a los trastornos mentales y a lo que implica como condición de vida para las personas que lo padecen.

Entonces, solicitamos un marco de salud mental general, como derecho, para todos los habitantes, un marco de derecho en el que se garantice la asistencia integral de salud y en el que se incluya a la salud mental como un componente fundamental de la salud. Esto implica que tenga que haber atención en todos los niveles, no solo en lo que tiene que ver con los dispositivos especializados de atención en salud mental, sino también en la atención desde el primer nivel.

Me voy a referir a lo que tiene que ver con la organización del modelo de atención y qué queremos decir con eso.

En este momento, en Uruguay están coexistiendo varios modelos de atención, persistiendo aún estructuras asilares. Cuando esos lugares de asilo se abrieron -en el año 1912, en el siglo XX-, implicaron una mejora en la calidad de atención, pero en este momento no tienen razón de ser. Para nosotros, este es un aspecto muy importante. Queremos asegurar un proceso de transformación del modelo de atención que conduzca al cierre progresivo de las estructuras asilares. Sabemos que este es un proceso largo, que no se puede hacer de un día para el otro, porque requiere, fundamentalmente, la creación de estructuras alternativas -con otras características, de otro tamaño, con otra organización y distribución territorial- y adecuar algunas de las que ya están; no partimos de no contar con ninguna estructura alternativa, pero después explicaré a qué nos referimos cuando hablamos de estructuras alternativas.

Nos parece que tender hacia la desaparición del modelo asilar es fundamental. Eso posibilitará, primero, una forma de abordaje diferente, más equitativo en lo que tiene que ver con la distribución territorial, más adecuada a lo que puede permitir la inclusión social de las personas que padecen este tipo de trastorno.

Por un lado, se pretende el cierre de las estructuras asilares y, por otro, reforzar todas las estructuras de atención a nivel comunitario dentro del sistema de salud, fundamentalmente los equipos comunitarios de salud mental, así como también incluir en el primer nivel de atención la atención de la salud mental, como un componente fundamental.

En lo que tiene que ver con el transcurso longitudinal de la atención, se pretende crear estructuras que vayan favoreciendo un nivel progresivo de autonomía para la reinclusión social o la inclusión social de aquellas personas que no lo han logrado.

Si bien lo que motivó que se fuera congregando a los distintos grupos de trabajo es la reforma de la ley de la salud mental, nos parece importante hablar de esto en esta etapa en la que se está discutiendo el presupuesto, porque se debe tener en cuenta que se plantea la creación de estructuras alternativas. Este es un mensaje bien claro: si pensamos en reformar la atención en la salud mental, se requerirá una decisión clara que permita crear estructuras. Tampoco implicará una inversión gigante, pero sí se requerirá que se dispongan fondos específicos. Por eso, nos parece oportuno plantear este tema en este momento. Si bien la asignación del presupuesto a la salud mental en estos años ha ido en aumento, se debe tener en cuenta cómo se distribuye el gasto. Hasta ahora, la mayor inversión y el mayor gasto de funcionamiento han sido para mantener el funcionamiento asilar. Nos parece que, en este momento, es importante dar una señal que indique que queremos una transformación.

Me estoy refiriendo, sobre todo, a la atención de la población adulta con trastornos mentales, pero otro problema importante que tenemos es la atención de la población infantil.

Por otra parte, quiero hacer un comentario. El transcurso desde el sistema de atención hasta la inclusión social, en las distintas etapas, pasando por tipos de estructuras que tienen que ver con la inclusión a nivel laboral y residencial, tiene una parte que es netamente sanitaria, que es la que está vinculada con la asistencia, pero también tiene una parte que es sociosanitaria o social. Por lo tanto, cuando se piense en otro tipo de abordaje, como puede ser el sistema de cuidados, o cuando se planteen estrategias de apoyo a la vivienda, este aspecto debería ser tenido en cuenta. Es una población que requiere, en algunos momentos, apoyos especiales muy vinculados con el tratamiento y con la atención, pero en otros momentos, apoyos y ayudas sociales, como lo necesitan otras poblaciones vulnerables. Y esto debe ser señalado específicamente, porque esta es una población muy olvidada, en función de que no reclama.

**SEÑORA GARRIDO (Gabriela).- Tenemos el problema de que debemos dar respuesta a las personas que ya están en situación de institucionalización, pero también tenemos un flujo importante de llegada a esas situaciones. Atravesamos muchos años de daños de los niños, estando comprometido su desarrollo, y vemos que las tasas de problemas emocionales y de comportamiento, en todos los niveles de desarrollo, también son altas. En la medida en que las respuestas han sido parciales, se ha avanzado en algunas áreas, pero no se ha podido avanzar en algunos otros aspectos de la rehabilitación.**

Estos problemas son fuente de generación de discapacidad y de situaciones de dependencia. Entonces, estamos requiriendo que dentro del modelo de atención se implementen dispositivos de especificidad para esta población.

Estamos con déficit en lo que tiene que ver con instituciones de medio camino, con hospitales de día. También es precaria la forma de hospitalización en situaciones agudas para menores.

Todos estos elementos deben ser considerados porque, de lo contrario, vamos a facilitar puertas de salida, pero no serán suficientes; debemos pensar en los pasos intermedios a efectos de que estas situaciones no lleguen a ese nivel de complejidad y de complicación.

**SEÑORA IDIARTE BORDA (Cecilia).- Quería agregar que para que tenga lugar este cambio de modelo que plantea la doctora Romano es imprescindible el cierre del ingreso a las estructuras asilares, a las colonias.**

**SEÑOR RUIZ (Federico).- Quisiera que se especificara lo relativo a las alternativas al modelo asilar.**

**SEÑOR PRESIDENTE.- Obviamente, este es un tema que nos interesa mucho y que conocemos, no por ser especialistas en la materia, sino por ser médicos, vivir en Canelones y estar cerca de las colonias. Además, a los que estamos en la fase asistencial y en la política, el tema asistencial nos llega. Si no nos tocara, no estaríamos aquí sentados.**

También es verdad que este tema preocupa mucho a la sociedad uruguaya; le viene preocupando desde hace años. Entiendo que hay que cambiar el paradigma de la salud mental, es decir, lo asilar, las colonias, el Vilardebó. Creo que estamos en el momento oportuno para hacerlo y aplaudo la iniciativa del Ministerio de Salud Pública en nuclear a treinta y dos organizaciones sociales -incluidas todas las de ustedes, más las familiares, etcétera, vinculadas a esto- que elaboraron un borrador con grandes acuerdos, que será la base con que trabajaremos el articulado. En función de ese documento, el Poder Ejecutivo ya está armando un articulado para que ingrese al Parlamento, porque los legisladores no podemos trabajar sobre documentos; necesitamos un articulado.

Ese documento es muy ambicioso. Entonces, hay que tener en claro el proceso de gradualidad que implica todo cambio de paradigma.

En cuanto a la pregunta de cómo se prevé, hay que decir que en ese documento está previsto el camino hacia el cierre de las colonias y del Vilardebó. Obviamente, es un camino lento. Para aquellos legisladores que no conocen el número de pacientes, podríamos redondear en novecientos o mil en cada una de las colonias y hay entre treinta y cuarenta muertos en el año. Entonces, la idea es bloquear primero el ingreso de nuevos pacientes judiciales, que pronto tendrán como destino el hospital penitenciario.

Entonces, hay que tener en cuenta los fallecimientos, el bloqueo y la redistribución de los pacientes internados en casas de medio camino y todas las cosas que ustedes saben. Ahora, para todo eso se requiere dinero y la instancia del presupuesto es una oportunidad para ver las cosas. Con franqueza, quiero decirles que, la semana pasada, cuando me llegó el texto del presupuesto, estaba en Buenos Aires, por lo que lo miré a vuelo de pájaro para saber en qué consistía el de salud pública y ASSE y no me detuve en lo destinado al desarrollo de la salud mental.

Lo cierto es que para recuperar a los pacientes e instalarlos en la sociedad, se precisan recursos. Lo digo porque muchos de estos pacientes, con un proceso lento pero paulatino, se pueden recuperar y se pueden insertar en la sociedad; no tienen que estar como hace treinta años, sin ver a un familiar. Y creo que es un desafío importante.

He visto divergencias entre los redactores del documento y en ese sentido quería conocer la opinión de la delegación.

La primera pregunta que voy a formular tiene una respuesta obvia. Fuimos invitados a una reunión en la que organizaciones hablaron en contra de la micronarcosis y el electroshock; supongo que ustedes los deben haber escuchado. Como médico, simplemente, digo que hay indicaciones precisas, oportunas en las que se debe hacer. Obviamente, no puede ser -como dicen ellos- que por negligencia, imprudencia o impericia del médico tratante sea más fácil hacer un electroshock. En ese punto, tenemos dos bloques bien definidos y vamos a tener que trabajar y conversar mucho para aunar criterios. Considero que no podemos prescindir de la micronarcosis y el electroshock sino establecer indicaciones precisas y cumplimiento de los protocolos y demás que, por otra parte, ya existen.

El segundo aspecto a destacar tiene que ver con el órgano de regulación. Acá también hay dos visiones distintas. Por un lado, se señala que el órgano de regulación, control y supervisión de la ley que se apruebe debe estar enmarcado en el Ministerio de Salud Pública pero, por el otro, se habla de crear un órgano descentralizado, o lo que sea, fuera del ministerio. No sé cuál es vuestra visión y se las pregunto.

Al respecto, ya les trasmito la mía: creo que debe estar dentro del órgano regulador del Sistema Nacional Integrado de Salud, que es el Ministerio de Salud Pública. No podemos estar creando cosas. Una de las ideas que se me ocurrió es que esté bajo la égida del Ministerio de Salud Pública como un órgano desconcentrado como la Junta Nacional de Salud. Esta Junta -que es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud

Pública- tiene un presidente que responde al ministro de Salud Pública y está bajo la rectoría del ministerio. Podría ser un mix entre crear un departamento y algo fuera del ministerio.

Otra cosa de la que nadie ha hablado -ni ustedes ni las organizaciones sociales- es de los pacientes con Alzheimer. No les voy a explicar a ustedes lo que es el Alzheimer, pero es importante tener en cuenta que los pacientes tienen un trastorno de conducta y en ningún documento está contemplado.

Me reuní con las asociaciones de Alzheimer y me manifestaron la preocupación que tenían porque se ha hablado mucho de salud mental, pero nunca fueron invitados a participar. Creo que esto es algo a tener en cuenta, porque la conducta de estos pacientes no es normal y requiere de un acompañamiento específico. Es más: en el Sistema de Cuidados tampoco se habla del paciente con Alzheimer…

**SEÑORA ROMANO (Sandra).- No se habla de ningún paciente con trastornos.**

**SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, en el proyecto de ley que elaboremos, debemos definir bien a las diferentes poblaciones porque el problema de salud mental es muy amplio y ustedes, como sociedad científica, deberán brindar los elementos específicos.**

Otra de las cosas que quería decir es que al escribir un documento uno es muy ambicioso, entonces establece: "Se formará una comisión con el Ministerio de Salud Pública, el de Vivienda, el Mides". El documento es muy abarcativo e interpretativo. Entonces, el trabajo de las sociedades que participaron en su elaboración -así se lo expresamos al señor ministro Basso- tendrán que bajar a tierra todos esos conceptos, porque escribirlo es fácil, llevarlo a la práctica es lo complejo.

**SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Creo que estamos todos de acuerdo en que estamos en el fin del modelo asilar; la Asociación de Psiquiatría ya había hecho esfuerzos en ese sentido. Soy de San José, estoy involucrado más directamente y recuerdo que el doctor Valmaggia intentó hacer un cambio a nivel de las colonias, pero se encontró con la resistencia de otros colectivos, por lo que fue imposible comenzar ese proceso. Sin embargo, ahora, por causas notorias, este tema está en la palestra de la discusión pública.**

De cualquier manera, creo que tenemos que tener un enfoque más dirigido a lo que es la historia de vida de las personas. Tal vez mi opinión sea muy subjetiva, pero tengo mucho contacto con los maestros de mi departamento y como veo que hay muchos problemas de aprendizaje, dialogo con ellos sobre eso. Un poco a la luz de la neurociencia, se puede decir que no solo hay que ver lo que es la niñez, pues en los sectores más vulnerables de la sociedad todavía no tenemos un buen control de los embarazos. A su vez, hay niños con problemas afectivos y de alimentación, en las primeras etapas de su vida. Hacia el final de la vida eso va determinando, además de condiciones de pobreza, severos trastornos mentales.

Entonces, tendríamos que actuar ahí porque no se trata solo de problemas cognitivos -lo que ya les va a dar un handicap para desarrollar una vida plena en una sociedad en la que el conocimiento es fundamental para desempeñarse-, sino que esa realidad genera problemas emocionales, luego depresión, adicciones y perversiones, es decir, conductas disruptivas en el uso de la violencia y el daño a las personas.

No sé cuál es la posición de los invitados, pero pienso que deberíamos actuar en ese sector, porque hay etapas en las que al no lograr un cierto desarrollo a nivel de los circuitos neuronales, queda determinada la capacidad de manejarse en forma simbólica. O sea que va a generar ya no solo problemas con las matemáticas sino también problemas psicológicos.

Hoy la hiperactividad en los niños es muy frecuente -es un problema grave que tenemos- y creo que eso después determina una tendencia a las adicciones. Ahí tenemos un problema severo porque tampoco contamos con instituciones en las que podamos contener a todos los ciudadanos en esa situación a través del trabajo comunitario. ¿Cuál es la opinión de los invitados en ese sentido?

**SEÑOR LEMA (Martín).- Antes que nada, quiero decir que ha sido muy ilustrativa la exposición.**

La salud mental ha tomado una trascendencia notoria desde el punto de vista público y ha generado en el sistema político una preocupación por ir evolucionando. En lo personal, creo que a raíz de lo que sucedió, a fines de marzo, con el paciente Carlos Grecco en las colonias, tomó tal dimensión que generó una sensibilidad que nos permite intercambiar conceptos tendientes a mejorar la situación general que padecen muchos pacientes internados en ese tipo de modelos.

En primera instancia, quería decir que comparto totalmente lo expresado por el señor presidente de la comisión. A mí me tocó ir a la Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (Audas). Me hicieron el mismo planteo que se comentaba y está bueno que esto se ponga en carpeta porque, si no, entramos en la estigmatización de la estigmatización. Lo digo porque, por comentarios que me han realizado psiquiatras, muchas veces la persona que padece una patología psiquiátrica, de por sí, sufre una estigmatización y al exonerar a otro tipo de enfermedades, como puede ser la de Alzheimer, en alguna medida podríamos estar estigmatizando a las personas con esta enfermedad. Así que comparto el planteo y la preocupación del señor presidente de poner este tema en la agenda de discusión de una nueva ley de salud mental.

Hace un tiempo me tocó visitarlos a ustedes en la sede del Sindicato Médico del Uruguay y, en ese momento, manifesté mi posición personal, que me gustaría explicitar nuevamente, así como trasladar una preocupación que me genera toda esta discusión sobre una nueva ley de salud mental.

Quiero ser claro en el sentido de que, desde el punto de vista personal, puede ser útil una nueva ley, porque las que tenemos son muy viejas y es necesario aggiornarlas. A su vez, quiero dejar en claro la apertura a discutir una ley de estas características.

Sin embargo, la discusión de una ley me presenta una preocupación. ¿Cuál es? Que se puede cambiar el protocolo, el modelo de atención y el lugar en el que se lleven adelante los diferentes tratamientos, pero hay una realidad y es que, hoy por hoy, hay disposiciones de rango constitucional que hablan de los derechos a una salud de calidad. También hay tratados que firmamos en el mismo sentido y otro tipo de normativa, como la Ley Nº 18.335, que habla de los derechos de todo tipo de pacientes.

¿Por qué hago referencia a esta normativa? Porque como decía el señor presidente, capaz que nos quedemos "tranquilos" -entre comillas- aprobando una nueva ley de salud mental, pero muchas veces, el tema pasa porque, sea cual sea el sistema que tengamos, hay que proteger los derechos de los pacientes. Nada se justifica -en eso he sido bastante crítico- y he visto un deterioro en lo que es el derecho del paciente. Aclaro que no atribuyo esto a los profesionales ni estoy haciendo ninguna atribución particular a ninguno de los actores. Simplemente, digo que he ido a visitar varios de los lugares donde se atiende a personas con enfermedades psiquiátricas y he visto una dejadez expresada ya desde las instalaciones en sí mismas y, a mi entender, eso no permite que el paciente se sienta como lo que es: una persona con un problema de salud, que merece ser atendida. Creo que como las condiciones básicas no están dadas como esa persona merece -como cualquier persona que tenga un inconveniente de salud- eso se hace difícil. Debe haber un tratamiento determinado en las diferentes patologías.

La preocupación tiene que ver con no quedarnos en la letra de la ley. En lo personal, independiente y paralelamente a la discusión de una ley que pueda mejorar este tipo de tratamientos -se lo manifestamos a las diferentes autoridades del Poder Ejecutivo-, creo que hay que cumplir con los derechos de rango constitucional y también está la normativa referida a dar esa atención de calidad.

He concurrido al Hospital Vilardebó para salir un poco de las colonias -últimamente se ha dado como uno de los ejemplos de salud mental- y he visto la situación sanitaria e imposibilidad de higienizarse. No estoy hablando del módulo de los pacientes judicializados, sino también de los baños de las mujeres no judicializadas. Es más, he tomado algunas fotografías.

El razonamiento que uno hace es el siguiente: analicemos el proyecto de ley, pero también pongamos en primera línea que más allá del modelo que pueda cambiar o mejorarse -estamos dispuestos a volcar nuestros mejores recursos humanos para mejorarlo-, no dejemos de sorprendernos ni revelarnos contra esas situaciones. Digo esto porque cualquiera que sea el modelo, la gente no tiene por qué pasar por eso.

Quería plantear esta preocupación porque a veces nos entretenemos mucho en la discusión de los proyectos de ley, que no está mal, pero hay un punto de vista pragmático que si no se atiende los platos rotos serán los propios pacientes. Es por eso que decimos esto a efectos de evitar que continúe sucediendo.

**SEÑOR PRESIDENTE.- Concuerdo con lo manifestado por el señor diputado Lema en cuanto a que es un asunto cultural de la sociedad uruguaya. El paciente con trastorno psiquiátrico es rechazado por la sociedad.**

Hasta que no se logre un cambio en la mentalidad será muy difícil defender los derechos humanos de esas personas; si quienes están a cargo del cuidado de estos pacientes les genera rechazo, será muy difícil. Me parece que se requiere de un cambio cultural y educativo muy importante porque estas personas han sido estigmatizadas, y no solo me refiero a las enfermedades psiquiátricas crónicas. Por ejemplo, si una persona con una sobredosis tiene la desgracia de atropellar a alguien y judicialmente es enviado al Vilardebó por quince días, será estigmatizada y seguramente le será difícil reingresar al mercado laboral por el solo hecho de haber estado internado durante quince días en un hospital como ese. ¡Ni hablar si estuvo en las colonias!

A su vez, cuando estuve en Buenos Aires conversando con quien fuera directora de la OPS hace algunos años y que ahora tiene a su cargo un área importante de América Latina, me comentó que estuvo vinculada con la elaboración de la ley aprobada por Argentina y que, en teoría esa normativa es perfecta, pero en la práctica es inaplicable. Simplemente trasmito la opinión de esta persona, no la mía. Obviamente, esa ley fue al fracaso porque solo ha sido impuesta en tres provincias.

De todas formas, no quiero hablar de la ley argentina sino de la experiencia personal que me contó. Si en cualquier proyecto de salud, cambio de paradigma, de atención o de medio camino, no hay una respuesta inmediata al paciente psiquiátrico descompensado, cae. Eso fue lo que sucedió en Argentina.

Esto hay que tenerlo presente; debo confesar que no pude leer esto, pero no debe diferir mucho del otro. Se trataría de una respuesta del primer nivel de atención -ustedes sabrán más al respecto- para contener a ese paciente. Si queremos un cambio cultural debemos tener presente los tiempos de demora en atender a una persona enloquecida en una esquina; este aspecto hay que incorporarlo porque puede significar el fracaso de la mejor ley que podamos aprobar.

**SEÑORA IDIARTE BORDA (Cecilia).- Las terapéuticas no se legislan. La micronarcosis está avalada internacionalmente, tiene protocolos y no es para todas las descompensaciones psiquiátricas. En los casos en que se requiere emplear, están pautadas las contraindicaciones y a quién se le puede aplicar.**

En ese sentido, no consideramos que tenga que ver con esto.

En cuanto al órgano de supervisión, acordamos que debe estar bajo la égida del Ministerio de Salud Pública por sus funciones de rectoría de la salud.

**SEÑOR PRESIDENTE.- Ustedes son un equipo interdisciplinario y no veo que haya algún abogado.**

(Diálogos)

**SEÑORA IDIARTE BORDA (Cecilia).- No hubo consenso en el sentido de que el órgano de supervisión va a velar por todo lo que acontece en el proceso de atención al paciente y de todas las personas involucradas. Consideramos que tenía más que ver con lo técnico.**

**SEÑORA FRONTINI (María Alcira).- Eso está en el documento del ministerio y no nos oponemos totalmente; fue para poner el énfasis en la regulación de una estrategia terapéutica y no en un castigo como se ve desde otras partes.**

Por eso en la égida del Ministerio de Salud Pública se regula las responsabilidades profesionales. Actualmente, los únicos que tienen responsabilidad profesional son los médicos; no lo tienen los psicólogos ni los asistentes sociales.

También se analizó la posibilidad de que el órgano de revisión diera cuenta al juez porque se trata de una privación de libertad transitoria justificado por una enfermedad que de por sí está privando de libertad al paciente, sobre todo en internaciones involuntarias, que es donde más se pone en juego este tema.

Podría ser directamente o a través del órgano de revisión; son dos posturas. Estamos dispuestos a acceder a eso. No estaríamos de acuerdo con que el órgano de revisión estuviera fuera de la égida del ministerio. Si tiene un abogado, y aporta, ¡bienvenido sea!

**SEÑOR POUY (Artigas).- El señor presidente puso sobre la mesa algunas cosas que tal vez habría que unirlas de una manera diferente.**

Estamos hablando de la rapidez y de la respuesta. Es claro que si buscáramos el asesoramiento del Colegio de Escribanos para cada una de las transacciones inmobiliarias, quizás habría menos fraudes en ese campo y de pronto comprar una casa insumiría seis años. Acá estamos tratando de equilibrar la necesaria inmediatez de algunas respuestas con los mecanismos de control de tal forma que estos no terminen condicionando respuestas que son necesarias en el momento.

Cuando hablamos de privación de libertad hay que tener en cuenta que hay una primera privación que está condicionada por la propia enfermedad. Cuando un sujeto está profundamente melancólico o con ideas suicidas, incoercibles, no es capaz de hacerse cargo de su futuro. Por lo tanto, reitero que la primera privación de libertad tiene que ver con la enfermedad. Y no es fácil ver esto, salvo desde el lugar del médico, que es quien debe intervenir.

Cuando desde una emergencia del hospital nos llaman porque hay alguien que está rompiendo todo, en esa situación quienes están privados de libertad son el sujeto en crisis como los actores que participan en ese momento. El asunto es cómo regular la necesaria respuesta inmediata con los mecanismos de contralor, a los que no nos oponemos.

**SEÑORA IDIARTE BORDA (Cecilia).- El Alzheimer es una patología que atendemos los psiquiatras en multidisciplina con los neurólogos, y está enmarcado dentro de los trastornos mentales graves. Es decir, no están omisos, pero tal vez se puede aclarar que los incluye.**

En cuanto a la intervención del señor diputado Lema, estoy de acuerdo en que hay cierta desidia y deterioro, pero entiendo que eso tiene que ver con que exista presupuesto, buena gestión, capacitación y especialización en salud mental. Proponemos que los recursos humanos se dediquen a eso.

La gente que trabaja en esta área debe estar especializada. También es necesario regular todas las profesiones.

**SEÑORA ROMANO (Sandra).- Respecto a las alternativas al modelo asilar, habría que pensar en dos etapas: la del proceso asistencial y la rehabilitación. Ambas están muy articuladas, no están escindidas.**

Cuando pensamos en alternativas a la hospitalización debemos tener presente que en estos momentos contamos con estructuras monovalentes y con algunas estructuras en los hospitales generales. Lo que se plantea con más fuerza es la necesidad de estructuras especializadas en salud mental en los hospitales generales y que estén distribuidas territorialmente.

Esto sería para la etapa de agudeza. Frente a una situación de descompensación, un cuadro agudo, se requiere una respuesta rápida en dos etapas: la de emergencia -se debe poder atender en todas las emergencias, pero se requiere la especialización de recursos humanos-, y la de hospitalización para quienes lo necesiten -que no van a ser todos-, en una unidad especializada en salud mental, en las estructuras generales.

¿Por qué debería ser en las estructuras generales? Una de las razones importantes es la distribución territorial. Una estructura monovalente ubicada en Montevideo no dará la misma calidad de respuesta a alguien que proviene de Artigas, Rivera o Montevideo. Además, toda la atención en salud mental integra al resto de la atención en salud y posibilita un abordaje más ágil para otro tipo de necesidades de atención, que también se requieren.

Esto sería en la etapa aguda.

¿Por qué insistimos en que sean unidades especializadas en un hospital general? Porque la hospitalización para las personas con trastornos mentales no es igual a la de una persona con cualquier otra enfermedad, pues

no necesitan estar acostados todo el tiempo, sino que requieren otros espacios y un equipo que realice abordajes desde enfoques diferentes y apunte a distintos aspectos. Esto requiere de una expertise y estructura específica; no es lo mismo una sala de un hospital cualquiera que lo que se requiere en una unidad especializada en salud mental

¿Qué sucede en el momento del alta? Una de las cosas a tener presente es cómo aseguramos la continuidad en el proceso asistencial, que requiere de una detección precoz -para nosotros tendría que ver con el primer nivel de atención-, y la posibilidad de acceder a una atención especializada cuando se requiera.

Tanto en los documentos internacionales como en todo lo que se plantea de la reforma psiquiátrica a partir de Caracas 1990 se menciona la importancia de desarrollar un modelo comunitario con un asentamiento territorial fuertemente ligado al primer nivel de atención. No es lo mismo primer nivel de atención que equipos comunitarios de salud mental, pero sí deben estar muy relacionados.

Los equipos comunitarios de salud mental son multidisciplinarios, ubicados en el territorio y en estrecha relación con el primer nivel, pero serían el primer escalón en la atención especializada. Esto sería para el seguimiento longitudinal. Acá estaríamos dando respuesta tanto a las situaciones graves con respecto a la detección precoz, la atención lo más pronta posible o la atención poshospitalización, como a otras situaciones que nunca vayan a requerir hospitalización y transcurran por el sistema a nivel de los servicios comunitarios.

Hay una población con mayores dificultades que requerirá de otro tipo de abordaje o, por ejemplo, casas de medio camino, residencias asistidas, es decir, otro tipo de estructuras que aseguren la atención, que no es la de la hospitalización ni la ambulatoria con la persona viviendo en la comunidad.

Para volver a la comunidad una persona requiere un proceso de inclusión progresiva que lo acompaña en su recuperación, hasta tener la posibilidad de un desempeño totalmente autónomo. Esto sería así para evitar lo que estamos viendo mucho ahora: el fenómeno puerta rotatoria, es decir, la gente sale y vuelve a entrar, sale y vuelve a entrar. ¿Por qué sucede esto? Porque es difícil el funcionamiento de todos los días en la comunidad; se requiere de un tipo de estructuras especiales.

En esto las casas de medio camino son un pasaje intermedio; en cuanto a las residencias asistidas -hay una gama importante- están las más cercanas a lo sanitario que requieren un equipo de salud, y las que están más cercanas a lo social requieren personal que no sea específico de salud mental, pero sí estar en contacto con el sistema de atención. Después tenemos todo lo que implica la cadena, que apunta a dispositivos comunitarios. Por eso insistíamos en el sistema de cuidados.

Me interesa destacar algo importante con respecto al Alzheimer, que presenta dos componentes a los que especialmente hay que atender. Uno de ellos tiene que ver con la asistencia del momento de trastornos conductuales graves. Uno de los problemas más graves de esta patología es el cuidado a largo plazo. En general, el cuidado a largo plazo está depositado en la familia, que es lo mismo que ocurre con todos los trastornos mentales graves. Las familias no necesariamente tienen la posibilidad de responder a eso y, además, se agotan desde todo punto de vista y se enferman. Por eso se hace necesario incluir las estrategias de cuidado y tener en cuenta que es una responsabilidad social y no exclusivamente de la familia.

Actualmente contamos con algunos centros diurnos para pacientes mentales graves y con Alzheimer, pero necesitamos más. Hay gente que puede vivir perfectamente en su casa, en la comunidad, con su familia o en algún tipo de estructura protegida, pero requiere un abordaje desde la rehabilitación para poder adquirir mejores habilidades comunicacionales, manejar el estrés y otra serie de cosas. En este sentido, toda la parte de rehabilitación en los centros diurnos es imprescindible.

Precisamos presupuesto para estas cosas, y esto lo ligo con lo manifestado por el señor diputado Lema.

Es cierto que en muchas de estas instituciones las condiciones son muy malas, pero este problema no se resuelve solo con mejorarlas. Y en eso está la colonia desde hace más de quince años. Se ha invertido mucho en la colonia para mejorar las condiciones, pero de todas formas no estamos dando una buena respuesta.

Cuando hablamos de presupuesto, ¿qué vamos a hacer con él? Hubo cosas urgentes y que en su momento se atendieron, pero tal vez ha llegado la instancia de comenzar a pensar que esto también es urgente: poder

generar una estructura que nos dé la posibilidad de decir que damos un paso definitivo en la transformación de lo que estamos haciendo. Sin duda que no alcanza con escribirlo en el papel; hay mucho más para hacer.

Hay algo sobre la micronarcosis que no se mencionó pero entiendo que es fundamental: en este país no se aplica micronarcosis sin consentimiento informado. A la familia y a la persona se les informa; si la persona no está en condiciones de consentir, debe hacerlo el familiar, y si no hay consentimiento, no se hace. Es fundamental que se sepa esto, porque este discurso del uso abusivo de la electroconvulsoterapia no corresponde a lo que es hoy la realidad de nuestro país. No estoy mencionando a otros países o a otras épocas históricas. Hoy esto está protocolizado, se hace en condiciones de seguridad, tiene sus indicaciones específicas y se hace siempre con consentimiento informado.

**SEÑORA GARRIDO (Gabriela).- Los comentarios del señor diputado son muy generales, pero me parece que están en la sintonía de lo que trataba de trasmitirles.**

Claramente, tenemos esa asociación que mencionaba el señor diputado de problemas emocionales y comportamentales y dificultades de aprendizaje. Es un binomio que va junto. En general, los estudios no nos permiten diferenciar claramente cuál determina qué cosa, pero tenemos un estudio nacional en escolares que muestra una alta prevalencia de problemas emocionales y comportamentales -alrededor de un 22%- en edades de 6 años a 11 años, y en esos niños, que tienen este tipo de problema, la prevalencia de problemas de aprendizaje es muy alta. Estas cosas determinan limitaciones funcionales, tanto en lo que tiene que ver con las actividades de los niños -aprendizaje, convivencia familiar, manejo social- como con lo que tiene que ver con sus niveles de participación, como acceso a otros niveles educativos y las complicaciones sucesivas.

En este sentido, en el área de psiquiatría en la infancia, desde hace un tiempo largo venimos trabajando junto con pediatría y con medicina familiar, porque estas cosas han tomado tal prevalencia y son de frecuencia tal que no son de manejo del especialista. Todos estos temas de desarrollo y de problemas emocionales y conductuales en la infancia son un problema de alta prevalencia para la pediatría nacional. De hecho, en los cuadernos de la ENIA están señalados como los problemas de mayor importancia en la salud de los niños. Entonces, venimos trabajando con pediatría en todo lo que tiene que ver con la vigilancia sistemática del desarrollo, las guías, la incorporación en el carné del niño, el trabajo con capacitación de primer nivel y todo lo que es transferencia de conocimientos.

De cualquier forma, reitero, en el nivel público, estos dispositivos, que comentaba la doctora Romano, de equipos comunitarios de salud mental no los tenemos hoy en los ámbitos privados. O sea que todavía hay un desfase en lo que son las respuestas. Tenemos respuestas de atención concentradas todavía en lo que es el Banco de Previsión Social y sus convenios, y el sistema de salud, per se, no ha tomado todavía, con integralidad, este tipo de prestaciones. Es un punto que también se viene trabajando lentamente de cómo precisar más las necesidades de esta población.

El señor presidente hablaba de una población específica o con cierta especificidad, que tiene que ver con el Alzheimer. En el documento, cuando se hablaba de dispositivos a lo largo de la vida, se trató de especificar algunas poblaciones. Estamos bastante convencidos de que tenemos que trabajar todos en leyes integrales: la ley de salud mental, la ley de discapacidad -que se termine su reglamentación- y no en leyes específicas para poblaciones específicas. Pero esto no quita que en las leyes generales haya consideraciones para necesidades específicas. En ese sentido, destacamos, por ejemplo, trastornos del desarrollo, autismo y otras poblaciones más específicas.

**SEÑOR ACUÑA (Ricardo).- Todos estos aspectos que mencionaba la doctora Garrido, tienen que ver con la prevención y la promoción en salud mental.**

Volvemos al principio: es tan amplia la problemática de la salud mental, que abarca lo que tiene que ver con los dispositivos asistenciales hasta las medidas de prevención y promoción, aspectos que son específicamente sanitarios, otros que son sociales y otros que están en el límite.

Quiero volver a otra de las palabras que utilizó el señor presidente al principio: la gradualidad. Sin duda que el proceso tendrá que ser gradual, pero nos parece que lo importante es que la ley pueda marcar la dirección de los cambios, aunque tal vez no pueda contemplar todos los aspectos de la salud mental.

Nosotros estaremos de acuerdo con una ley de amplio espectro -para decirlo de alguna manera-, que incluya todos los aspectos que están considerados en nuestro documento o en el del ministerio, pero también estaremos de acuerdo -porque es la realidad- si la ley se enfoca, por ejemplo, en el reordenamiento de los servicios y marca claramente el rumbo hacia dónde se debe dirigir Uruguay en salud mental, porque tenemos ventajas como para ser líderes en la región respecto de este tema. Y nada de lo que estamos diciendo no está apoyado por la evidencia científica y por experiencias de otros países que están yendo en esta dirección.

En cuanto al tema de la gradualidad, me parece importante la metodología del plan. Esta es una cosa que siempre repito; tengo cansados a los compañeros respecto de este tema. Es necesario que queden explicitados claramente los objetivos, las metas y el presupuesto que se destinará a cada una de las medidas que se lleve adelante. Si tenemos un plan, aunque sea humilde y no considere todo, debería darnos la seguridad de que lo que está escrito se puede hacer, debería marcar claramente la dirección de los cambios, debería poder evaluarse y medirse y, sobre todo, debería dar los recursos que sean necesarios. Si es así, estaremos dando una señal muy importante, no solo en lo que tiene que ver con la salud mental, sino también con la salud en general. Creo que nos haría muy bien incorporar la metodología del plan, como lo han hecho muchos países.

Quiero hacer una referencia al tema de la calidad y la situación de los pacientes en el Hospital Vilardebó. Calidad implica, sin duda, los aspectos que mencionaba el señor diputado Lema; estamos de acuerdo. Pero calidad también tiene que ver con competencias profesionales, con gestión clínica y con gestión por procesos asistenciales. Cada una de estas cosas tiene un desarrollo metodológico y teórico muy importante. Creo que una medicina de calidad -como viene sosteniendo el Sindicato Médico del Uruguay- será la mejor manera de defender los derechos de los pacientes.

**SEÑORA IRIARTE BORDA (Cecilia).- Quiero que quede sentado en la versión taquigráfica que, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, hoy contamos, en la internación psiquiátrica de los efectores privados de salud, con la limitación en treinta días por año. Esto también va de la mano de la discriminación de los pacientes. El Estado debe establecer que si el paciente se descompensa, se tenga que internar la cantidad de veces en el año que sea necesario. Obviamente, uno tiene en la cabeza que sea la menor cantidad de días posibles, pero debe contar con la posibilidad de poder internarse. Treinta días por año nos presenta dificultades.**

**SEÑORA ROMANO (Sandra).- Con respecto a lo de los ingresos judiciales, quería decir que, en la Colonia, la mayor parte de los ingresos son judiciales, pero no por delitos. Entonces, se habla de poder limitar el ingreso a la Colonia -tal vez, mediante una ley específica para eso-, pero el tema es que hoy ingresan menos de treinta pacientes por semestre, de los cuales tres o cuatro de ellos provienen del Hospital Vilardebó; el resto, son ingresos judiciales, por necesidades que no están vinculadas a delitos.**

En cuanto a por qué insistir en la especificidad de lo que tiene que ver con salud mental, creo que hay una encrucijada, que es muy compleja, que es la de derechos humanos y salud mental, que requiere pensarla muy bien. No alcanza con la consigna de proteger los derechos, porque traducir eso en los actos es sumamente complejo.

**SEÑOR MIER ESTADES (Egardo).- Quiero hacer una reflexión en voz alta: este tipo de problemáticas conlleva una imprescindible formación de recursos humanos específicamente formados para esto.**

Quiero saber si tienen planteada alguna estrategia para formar en este nuevo plan. Una de las tares más importantes que, a la brevedad, tendrá esta comisión, será la legislación sobre salud mental; estamos esperando formalmente que nos llegue el articulado para empezar a trabajar.

Veremos qué fuerza podemos hacer para tener en cuenta todas estas cosas y ver, en el presupuesto, qué va y qué no, pero hay un tema muy importante, que es la formación de nuestros recursos humanos, desde el primer nivel y prevención y promoción, hasta el final, que específicamente requiere una formación particular. Quisiera saber si tienen pensado el tema de los recursos humanos.

**SEÑORA ROMANO (Sandra).- Hay algunas cosas que se han venido trabajando a nivel de la universidad en relación al modelo de recuperación y de rehabilitación. Hay cosas que estaba**

**planteando la doctora Garrido que se hacen -en cuanto a la trasmisión de capacidades y de experiencia- también con otros sectores que no son salud. A nivel de sector público, llevamos dos años trabajando con parte de los equipos comunitarios de salud mental para el tema de la capacitación en el tema del modelo comunitario y de recuperación. Esto es un poquito, pero se necesita más.**

También se necesita mucho más en lo que son recursos no específicos de salud mental -recursos generales- y recursos no específicos de salud. Cuando uno piensa en todo esto, transversaliza. Creo que no necesitamos más comisiones, sino transversalizar el tema de las comisiones que ya están. No necesitamos otro gabinete, sino que este tema entre al gabinete social y a las comisiones interinstitucionales. Hay que dar visibilidad y transversalizar el tema. En esto, hay que mejorar el tema del personal especializado de salud y en todas las profesiones. No hay especialización clínica en otras profesiones y, mucho menos, en salud mental, en las que no son específicas de salud.

**SEÑOR PRESIDENTE.- Para nosotros ha sido un gusto recibirlos e intercambiar preguntas y aprender, porque en esto todos los días aprendemos; ha sido muy rico el aporte.**

Cuando hablamos de cambio de paradigma, son solo palabras; como decían, hay que llevarlo a la realidad.

El primer gran concepto que uno se encuentra cuando es un administrador de salud y debe abordar esto es que, básicamente, la población piensa que aquellos pacientes con enfermedades mentales crónicas que están siendo asistidos en la Colonia Etchepare y en el Hospital Vilardebó es gente que pertenece a ASSE. Creo que acá tenemos que cambiar el concepto de atención, no de ASSE ni de las colonias, sino de todo el sistema. Por eso, cuando uno quiere desarrollar las políticas en el mediano y en el largo plazo, es muy importante cómo vamos insertando esto a la realidad.

Hoy se hablaba de los treinta días de internación por año, que es una aberración. ¿Por qué es una aberración? Porque tenemos el concepto de asilar. Entonces, a una institución privada, contratar durante cuarenta días una atención privada, le sale carísimo. Entonces, obviamente, con este sistema que tenemos, los administradores deben limitar. Nosotros pensamos en el concepto de que todas las instituciones de asistencia médica, públicas y privadas, tengan áreas de internación específica, que es un trabajo que debemos hacer paso a paso.

Con respecto a la preocupación de cómo seguimos, quiero decir que en este momento el ministerio está desarrollando el articulado. Esto no le compete a la Comisión de Salud Pública. Nosotros necesitamos un borrador de articulado a los efectos de ponernos a trabajar. A todas las cosas hay que ponerles plazo, pero tampoco hay que acelerarlas mucho.

Seguramente, el proyecto de ley ingrese por el Senado, porque acaban de votar el proyecto de tasa cero de alcohol, que vendrá a la Cámara de Diputados. Entonces, seguramente ingresará por ahí, dado que no tienen temas importantes para considerar. Estamos a la espera del proyecto de ley que envíe el Poder Ejecutivo. Cuando el proyecto ingrese, obviamente, tendremos que juntarnos muchas veces más para ajustarlo, ya que se enriquece con la participación de todos los actores. Vendrán ustedes, todas las organizaciones sociales y familiares, pero hasta no tener el articulado, que depende del Poder Ejecutivo, del Ministerio de Salud Pública, no podemos actuar formalmente.

**SEÑOR TOLEDO (Alfredo).- Había entendido que había un articulado.**

**SEÑOR PRESIDENTE.- No, no hay articulado. Inclusive, en alguna conversación que tuvimos con el ministro Basso, dijimos que no podemos legislar sobre un documento marco que dice palabras. Aunque después lo demos vuelta, es importante que ingrese el articulado pronto. Para eso, tengo entendido que hay una comisión bastante numerosa de especialistas en el tema que están trabajando concretamente en el articulado. Creo que antes de fin de año tendremos el articulado.**

En una reunión que mantuvimos con Radio Vilardevoz -que hizo un desembarco en el Parlamento-, nos comprometimos a tratar de que ingrese al Parlamento antes de fin de año, para que en el año 2016 tengamos una nueva ley, pero es lo que podemos decir.

**SEÑORA IDIARTE BORDA (Cecilia).- Quedamos a las órdenes para intercambiar con ustedes cuando llegue el articulado.**

**SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias. Estaremos en contacto.**

La Comisión de Salud Pública agradece la presencia de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

Se levanta la reunión.